

**Frage 8**

Nach welcher der folgenden zugrunde liegenden Erkrankungen muss bei einer nachgewiesenen Dissektion gesucht werden?

1. Vaskulitis
2. Fibromuskuläre Dysplasie
3. Ehlers-Danlos-Typ IV
4. Marfan-Syndrom
5. Alle erwähnten Erkrankungen müssen abgeklärt werden

**Frage 9**

Welcher der genannten Faktoren prädisponiert nicht für eine Sinus- oder Hirnvenenthrombose?

1. Schwangerschaft
2. Alkoholabusus
3. Lupus erythematoses
4. Orale Kontrazeptiva
5. Maligne Grunderkrankung

**Frage 10**

Welche Aussage trifft für die Subarachnoidalblutung (SAB) zu?

1. Aneurysmen sind die einzige Ursache einer SAB.
2. Ein unauffälliges CCT bei typischer Kopfschmerzsymptomatik schließt eine SAB aus.
3. Die digitale Subtraktionsangiographie ist weiterhin der diagnostische Goldstandard und sollte bei negativer CT-Angiographie deshalb durchgeführt werden.
4. Eine SAB tritt nur nach einer plötzlichen intrakraniellen Druckerhöhung auf.
5. Keine Aussage trifft zu.

Referiert

## Hämorrhoiden: Indikation und Risiken der Operation

Die Therapie bei Hämorrhoiden erstreckt sich von konservativ bis operativ und kann für Hausarzt und Fachspezialisten eine Herausforderung darstellen. Bei therapieresistenten, thrombosierten, drei bis vier Grad prolabierenden Hämorrhoiden ist die Operation oft die einzige Erfolg versprechende Therapie.

Anhand der aktuellen Literatur diskutiert der Autor detailliert die Verfahren der operativen Hämorrhoidektomie (wie Milligan-Morgan, Parks, Ferguson, Longo) und deren mögliche Komplikationen (Fistel, Abszess, Fissur, Blutung, Harnverhalt, Schmerz, Stenose, Störung der Feinkontinenz, Inkontinenz). Dabei zeigt sich, dass es in der operativen Therapie keinen Goldstandard gibt, und dass ältere Methoden den neueren, wie der so genannten Stapler-Methode, die auch mit Schmerzen, schwersten Infektionen und Inkontinenz verbunden wird, in nichts nachstehen. Die operative Behandlung äußerer thrombosierter Hämorrhoiden ist mit wenig Komplikationen – und in keinem Fall mit einer analen Inkontinenz – verbunden. Beim Krankheitsbild der Inkontinenz ist die sorgfältige Anamnese nach möglichen systemischen beziehungsweise regionalen Ursachen (Schaden nach Mehrfachschwangerschaft, perianale Fistel/Abszess/Abszessspaltung, entzündliche Darmerkrankungen, Medikamenten- oder Laxanzienabusus, Obstipation, neurologische Erkrankungen, Opera-

tionen) vor einer belastenden und teuren apparativen Diagnostik (Manometrie, Endosonographie, Defäkographie) durchzuführen. Bei der apparativen Diagnostik ist die Ergebniszuverlässigkeit stark von der Mitwirkung des Patienten, der Erfahrung des Untersuchers und der Qualität der Geräte abhängig.

Nach Auswertung der Literaturdaten ist die Inkontinenz meist Folge einer oder mehrerer der ersten vier der genannten Faktoren. Nur die ope-

orative Behandlung von perianalen Fisteln beziehungsweise Abszessen hat ein ähnlich hohes oder höheres Risiko, eine Inkontinenz zu verursachen; dagegen ist das Risiko einer Inkontinenz nach Hämorrhoidektomie gering, bei äußeren Hämorrhoiden praktisch null.

hlh

Holzheimer RG: Hemorrhoidectomy: indications and risks. Eur J Med Res 2004; 9: 18–36.

Priv.-Doz. Dr. med. habil. René G. Holzheimer, Universität Halle-Wittenberg, Praxisklinik für Ambulante Operationen, Tegernseer Landstraße 8, 82054 Sauerlach bei München, E-Mail: info@praxisklinik-sauerlach.de

## Virtuelle Koloskopie für Screening ungeeignet

In den ersten Publikationen über die CT-Kolonographie (virtuelle Koloskopie) wurden Daten präsentiert, die für die Anwendung dieses bildgebenden Verfahrens sprachen. Es wurden jedoch bereits früh Zweifel geäußert, ob sich diese Technik als Screeninguntersuchung in der Praxis eignet. Die amerikanischen Autoren vom Digestive Disease Center, Medical University Carolina, Charleston, USA, berichten jetzt über eine Multicenterstudie, an der 612 Patienten im Alter von mehr als 50 Jahren teilnahmen.

Die Patienten wurden zunächst nach der üblichen Darmvorbereitung einer virtuellen Koloskopie unterzogen, zwei Stunden später erfolgte eine konventionelle Koloskopie. Das primäre Ziel der Studie war es, Läsionen von mehr als 6 mm Durchmesser zu erfassen. Die Sensitivität der virtuellen

Koloskopie betrug 39 Prozent, bei Läsionen von mindestens 10 mm Durchmesser lag sie bei 55 Prozent. Mit der konventionellen Koloskopie wurde eine Sensitivität von 99 Prozent erreicht.

Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass die virtuelle Koloskopie für den klinischen Einsatz noch nicht ausreicht und dass die Technik und das Training der Anwender noch verbessert werden müssen.

w

Cotton PB, Durkalski VL, Pineau BC et al.: Computed tomographic colonography (virtual colonoscopy) a multicenter comparison with standard colonoscopy for detection of colorectal neoplasia. JAMA 2004; 291: 1713–1719.

Dr. P. B. Cotton, Department of Gastroenterology, The Digestive Disease Center, Medical University of South Carolina, Suite 210, Clinical Science Bldg, 96 Jonathan Lucas Street PO Box 250327, Charleston, SC 29425 USA, E-Mail: cottonp@musc.edu